

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

275

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel DREYFUS

Né le 13 mai 1916, à Paris

9 JUIL 1942

Présentée et soutenue publiquement le 194

A PROPOS D'UN CAS RARE
D'ASSOCIATION DE CANCER DU CORPS
ET D'ENDOMÉTRIOSE DE L'UTÉRUS

SUIVI DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR L'ENDOMÉTRIOSE RECTO-SIGMOÏDIENNE

Président : M. LENORMAND, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **DREYFUS.**

Prénom : **Michel.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

DREYFUS (Michel). — A propos d'un cas rare d'association de cancer du corps et d'endométriose de l'utérus suivi de quelques considérations sur l'endométriose recto-sigmoïdienne. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1942. In-8°, 80 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°)

2

DREYFUS (Michel). — A propos d'un cas rare d'association de cancer du corps et d'endométriose de l'utérus suivi de quelques considérations sur l'endométriose recto-sigmoïdienne. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1942. In-8°, 80 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°)

3

DREYFUS (Michel). — A propos d'un cas rare d'association de cancer du corps et d'endométriose de l'utérus suivi de quelques considérations sur l'endométriose recto-sigmoïdienne. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1942. In-8°, 80 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°)

4

DREYFUS (Michel). — A propos d'un cas rare d'association de cancer du corps et d'endométriose de l'utérus suivi de quelques considérations sur l'endométriose recto-sigmoïdienne. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1942. In-8°, 80 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel DREYFUS

Né le 13 mai 1916, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 194

A PROPOS D'UN CAS RARE
D'ASSOCIATION DE CANCER DU CORPS
ET D'ENDOMÉTRIOSE DE L'UTÉRUS

SUIVI DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR L'ENDOMÉTRIOSE RECTO-SIGMOÏDIENNE

Président : M. LENORMAND, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1942

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H).. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÈNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE..... Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		GATELLIER...	
CHABROL.....		de GAUDART	
CHEVALLIER....		d'ALLAINES	
LAROCHE Guy...		MOULONGUET	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Nous dédions cet ouvrage
en hommage reconnaissant

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. LENORMANT

*Qui a eu la grande bonté de nous accor-
der sa présidence.*

A. MON BEAU-PÈRE ROGER MONTEAUX

Sociétaire à la Comédie française.

A MA MÈRE

A MA GRAND-MÈRE

Qui m'ont élevé.

A. TOUTE MA FAMILLE

A MES MAITRES A LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MESSIEURS CUNÉO
BESANÇON
LOUIS RAMOND
ANTONIN GOSSET
ROUX-BERGER

En hommage tout particulier.

PASTEUR VALLERY-RADOT
LEMAITRE
GRENET
MILHITTE
GILBERT DREYFUS
LÉON POLLET
MÉNÉGAUX

A L'HOPITAL DE GONESSE

M. HENRY CARDOT
M. R. DE FRESQUET

A CEUX QUI ONT BIEN VOULU NOUS AIDER
DANS NOS ÉTUDES

A M. L. LANGLOIS (*in memoriam*)

M. G. GORDET

M. JEAN BENASSY

*A qui nous devons l'essentiel de nos
connaissances.*

A NOS AMIS

A MA FIANCÉE

A PROPOS D'UN CAS RARE
D'ASSOCIATION DE CANCER DU CORPS
ET D'ENDOMÉTRIOSE DE L'UTÉRUS

SUIVI DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR L'ENDOMÉTRIOSE RECTO-SIGMOÏDIENNE

Introduction.

Récemment, le Docteur Jean BENASSY a eu l'occasion d'opérer un cas assez rare.

Il s'agit d'une malade présentant d'une part une endométriose rectale au voisinage de l'anse sigmoïdienne, et d'autre part l'association d'une endométriose utérine et d'un cancer du corps de l'utérus.

La première localisation n'est pas très fréquente. Si l'on cumule les cas cités dans le Mémoire dont M. le Professeur P. BROcq et M. J. VARANGOT furent les rapporteurs au XLVIII^e Congrès de Chirurgie français, d'octobre 1939, rapport si documenté et que nous citons à plusieurs reprises, nous les trouvons au nombre d'une soixantaine.

Page 539 : « Les endométrioses purement rectales sont rares. BARY et ses collaborateurs en retrouvent 21 observations.

« Au total, les faits connus ne sont guère plus d'une trentaine. »

Page 542 : « Les localisations d'atteinte « du côlon sigmoïde » sont rares, puisque JAYLE, dans son Mémoire de 1927, n'en réunissait que 27 cas.

« Depuis cette date, jusqu'en octobre 1939, une quinzaine de faits nouveaux furent publiés. »

Si la localisation d'une endométriose au rectum peut déjà passer pour une rareté, l'association de l'endométriose utérine au cancer du corps nous a paru tout à fait exceptionnelle.

Les statistiques qui portent sur l'endométriose, sans en préciser le siège nous apprennent en effet que, sur 61 cas d'endométrioses observées par COTTE et MATHIEU, se retrouve zéro cancer du corps.

Sur 368 cas observés par COUNSELLER, une seule fois un cancer du corps, soit une proportion de 0,3 %.

Sur 99 cas d'*adénomyosis uteri interna* observés en dix ans et demi à Vienne, dans le Service du Professeur ADLER par STELLIO SKAMNAKIS, dans deux cas seulement, se rencontre l'endométriose utérine et le cancer du corps, soit une proportion de 2 %.

De ce fait, nous avons été amené à penser que le rapport de l'observation du Docteur Jean BENASSY pouvait constituer le sujet de notre thèse.

Observation.

La malade, Mme M. H..., âgée de 49 ans, vient consulter en mars 1941.

Elle présente, depuis environ quinze mois, des pertes *fétides* de sang et de pus.

Il s'agit d'une malade sans passé génital : elle n'a présenté ni grossesse, ni fausse-couche.

Les métrorragies sont apparues progressivement depuis quinze mois.

Irrégularités des règles, puis ménorragies, puis métrorragies tellement irrégulières que la malade ne peut préciser depuis quand ont disparu ses règles véritables.

En même temps sont apparus des écoulements utérins, *séreux* d'abord, *purulents* par la suite, *fétides* depuis quelques semaines.

Actuellement : la malade présente quotidiennement des écoulements roussâtres assez abondants.

Par contre, elle n'accuse aucune douleur, ne présente aucun trouble, ni vésical, ni rectal. Elle a bon appétit.

Mais un amaigrissement de 8 kgr. environ est à noter.

Dans les antécédents : on ne découvre aucun épisode pathologique notable. Il faut cependant signaler : une constipation permanente pour laquelle fut pratiqué, à deux reprises, en 1937 et en 1938, un examen radiologique du côlon, qui fut les deux fois négatif.

Une tension artérielle à 18-12, avec depuis quelques semaines des bouffées de chaleur, d'ailleurs rares et espacées.

EXAMEN. — La palpation de l'abdomen ne révèle rien de notable.

Au spéculum : le col utérin apparaît normal, laissant toutefois sourdre des pertes très fétides.

Le toucher vaginal : utérus légèrement augmenté de volume, mais surtout très fixé, en rétroversion légère.

Pas de masses perceptibles dans les culs-de-sac.

Le toucher rectal est négatif.

Chez cette malade qui semble ménopausée car depuis quelques semaines, elle en présente les petits troubles fonctionnels, il se pose deux diagnostics :

— celui de lésion bénigne : polype ou métrite sénile ?

— celui, plus vraisemblable, de cancer du corps utérin.

Toutefois pour confirmer le diagnostic de cancer du corps utérin, il semble *contre-indiqué*, étant donnée l'infection extrême de la muqueuse utérine, de pratiquer :

— soit un curettage biopsique,

— soit un examen lipiodolé de la cavité utérine.

Aussi après vaccination par le propidon et traitement sulfamidé préopératoire, l'intervention est-elle décidée.

Intervention le 4 avril 1941.

Compte-rendu opératoire. — Anesthésie générale.

Incision médiane sous-ombilicale.

Le corps utérin apparaît littéralement enfoui, entre le côlon sigmoïde en arrière et la vessie en avant. Il s'est réalisé spontanément une sorte d'accolement côlo-vésical.

On libère la face antérieure de l'utérus. Les annexes sont toutes deux appliquées à la face postérieure de l'organe.

On libère d'abord, assez facilement, les annexes droites, puis plus laborieusement, celles du côté gauche, qui adhèrent en arrière au rectum.

On constate alors que le rectum, dont la libération était difficile, et qui présente même une éraillure de sa musculuse, n'est pas normal, mais présente une tuméfaction du volume d'un poing d'enfant.

Alors se pose une question de diagnostic, et partant de thérapeutique. Comment expliquer la coexistence de deux tumeurs, l'une rectale, l'autre utérine ?

Seul le diagnostic d'*adénomatose* nous semble permettre d'expliquer simultanément les antécédents de constipation de la malade et ses métrorragies les plus récentes. Les lésions salpingées constatées pouvant, à elles seules, être responsables des pertes blanches.

Le diagnostic d'*adénomatose* étant posé, l'indication thérapeutique est évidente :

On se borne à pratiquer une hystérectomie supra-vaginale avec castration bilatérale, sans toucher à la lésion rectale.

La péritonisation se fait en rétablissant sur les côtés, l'accolement recto-vésical.

Après sulfamidation locale (15 gr. d'Exoseptoplix), on interpose une lame de caoutchouc ondulé au contact de la zone dépéritonisée du rectum.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Examen macroscopique de la pièce. — La cavité utérine est envahie par une tumeur végétante, tandis que les parois de l'organe sont bourrées de noyaux, d'aspect fibromateux, mais hémorragiques.

Les suites opératoires ne donnent pas d'inquiétude, mais au 5^e jour, l'eau d'un lavement donné à faible pres-

sion, ressort par l'orifice de drainage et une fistule stercorale s'établit qui se tarira spontanément au bout de 3 semaines.

L'examen histologique (utérus et annexes). — montre les lésions suivantes :

« Les coupes frontales intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine, dans la région de l'isthme comme dans celle du fond de l'organe, montrent que presque toute la cavité utérine est remplie par une *tumeur végétante* qui réalise la structure typique d'un *épithélioma cylindrique* papillaire du corps utérin.

Cette tumeur reste presque partout intracavitaire ; elle ne pénètre pratiquement pas dans le myomètre-sous-jacent.

Le myomètre présente dans la région du fond un fibro-léiomyome « interstitiel » sans particularités structurales.

En outre, on trouve, disséminées dans le muscle utérin, de *nombreuses formations adénomyomateuses* dont la plupart sont pourvues d'endomètre avec chorion cytogène et qui réalisent l'aspect typique de l'*endométriase utérine*. Les coupes de la trompe de Fallope montrent que la lumière de celle-ci est très réduite, avec atrophie des franges muqueuses et contient une substance homogène (hydrosalpinx ancien). Image de salpingite chronique. Pas d'endométriase tubaire décelable.

A plusieurs reprises, la malade est revue, en bon état et lors du dernier examen, en mai 1942, treize mois après l'accident, elle ne présente plus aucun phénomène pathologique intestinal, ni génital.

Il faut signaler toutefois la fréquence et l'intensité des crises de bouffées de chaleur, qu'elle a présentées aussitôt après l'intervention.

Le toucher vaginal montre un col utérin bien mobilisable sur les plans adjacents.

Le toucher rectal est toujours négatif.

La malade, bien qu'encore constipée, l'est notablement moins qu'avant son intervention.

Cette observation peut soulever de nombreux commentaires tant au point de vue diagnostique que de la méthode thérapeutique employée.

Hâtons-nous de dire que l'opérateur n'a pas manqué, une fois connu le résultat de l'examen histologique, de s'adresser deux reproches :

Le premier, de n'avoir pas fait de biopsie de la lésion rectale, si bien que cette observation ne présente pas évidemment une valeur scientifique absolue. Mais, la libération de l'utérus d'avec le rectum avait été laborieuse, et ce qui eut importé d'ailleurs, c'eût été une biopsie avec examen extemporané. Si bien que le diagnostic d'endométriase rectale ne repose, en fait, que sur l'examen macroscopique et la notion de l'évolution.

Le second reproche est d'avoir pratiqué seulement une hystérectomie supra-vaginale.

Mais le diagnostic exact, bien qu'incomplet, d'endométriase avait fait abandonner le diagnostic primitif de cancer du corps, ainsi que l'idée de l'hystérectomie totale qui représentait le plan opératoire initial.

Il est évidemment encore trop tôt pour savoir si cette exérèse insuffisante n'aura pas ultérieurement

des conséquences fâcheuses, bien que l'examen actuel de la malade, 13 mois après l'intervention, montre une guérison totale.

Quoi qu'il en soit, cette observation peut sembler intéressante.

Premièrement par l'association d'un cancer du corps utérin et d'une endométriose, fait que nous croyons presque exceptionnel.

Deuxièmement, par l'association d'une endométriose rectale à une endométriose utérine, fait certes beaucoup moins rare.

Troisièmement, par le résultat thérapeutique favorable obtenu par la seule méthode conservatrice.

Fréquence et pathogénie de l'endométriase.

Rareté de son association au cancer de l'utérus.

Avant de poursuivre, nous croyons bon de donner une brève définition de l'endométriase, tirée de l'excellent rapport du Professeur P. BROCC et J. VARANGOT, au XLVIII^e Congrès de Chirurgie français.

« L'endométriase est essentiellement constituée par l'association des glandes et des kystes épithéliaux avec un stroma particulier dit cytogène.

« A ces éléments proprement endométriaux peuvent parfois s'associer des fibres musculaires lisses et l'ensemble ainsi constitué :

« cavités tapissées d'un épithélium cylindrique ;

« chorion cytogène ;

« fibres musculaires lisses tout autour, réalise : un utérus en miniature » (p. 465).

« Réservée au sexe féminin, l'endométriase est étroitement liée, dans son existence et son devenir, à l'activité ovarienne.

« Elle ne se voit jamais chez l'enfant et la fillette. Elle s'atrophie après la ménopause.

« C'est l'apanage exclusif des femmes pendant la vie sexuelle » (*ibidem*).

Le siège d'élection de l'endométriose est l'appareil génital de la femme.

Ainsi l'endométriose utérine est relevée 618 fois sur les 884 cas de la Mayo Clinic observés par COUNSELLER entre 1923 et 1937.

Celle du rectum et du sigmoïde 24 fois seulement. Elle apparaît ici 25 fois moins fréquente.

Seule la statistique de S. JOVALL qui ne porte que sur 32 cas, relève 4 endométrioses de l'intestin pour 2 de l'utérus.

Dans d'autres statistiques :

une plus ancienne de la Mayo Clinic (JUDD FOUNDS) : sur 464 cas d'endométriose, 5 seulement du sigmoïde ;

pour AABERG (Danemark) : une localisation intestinale pour 55 cas d'endométriose.

Notons, en passant, que l'endométriose donne lieu à des pourcentages très variables :

MEIGS compte 16,7 % d'endométrioses dans les interventions gynécologiques. Le pourcentage monte à 32,2 % pour les interventions gynécologiques abdominales.

Par ailleurs, GREEN-AUNYTAGH ne la rencontre que dans 8,9 % des cas, sur 1.000 laparatomies.

Mais ce qui nous a semblé intéressant et a cons-

titué l'essentiel de notre recherche a été de tenter de découvrir l'association du cancer utérin, cancer du corps surtout, et de l'endométriose utérine.

Dans la thèse très documentée de DEROCQUE, nous retrouvons trois associations de cancer utérin et d'endométriose :

deux cas, tirés de SAMPSON (p. 229, thèse Derocque), de MEYER (p. 201, *ibid.*), concernant des cancers du col ;

un seul, de WESTMAN, est relatif à l'association d'un carcinome utérin et d'une endométriose (*Arch. für Gyn.*, 1922-1923).

Si l'on se réfère aux statistiques que nous avons citées au début de cette thèse :

a) pour COTTE et MATHIEU, 0 cancer du corps sur 61 observations d'endométrioses ;

b) pour COUNSELLER, une proportion de 0,3 % ;

c) pour SKAMNAKIS, une proportion de 2 % ;

d) pour des observations récentes de C. MAYO (*Surgery Gynecology and Obst.*, vol. 70, n° 2, février 1940) on trouve, dans une statistique portant sur 38 malades, l'association d'une endométriose utérine et d'un carcinome ; mais il s'agit d'un carcinome de l'ovaire ultérieurement découvert. Dans la plupart des cas, sauf ceux de SKAMNAKIS, l'endométriose et l'affection carcinomateuse ne semblent pas évoluer simultanément mais successivement :

« Au même titre que l'endomètre normal, l'endo-

mètre ectopique peut subir des dégénérescences épithéliomateuses. »

L'exemple de VOGT, concernant une femme de 53 ans qui a souffert pendant 17 ans d'endométriase nous montre qu'un carcinome peut se développer sur la base d'une endométriase.

SKAMNAKIS, au contraire, dans les cas où il a observé un carcinome et une endométriase utérine, conclut.

« Seulement une coexistence des deux formes de maladies peut être constatée, sans qu'il y ait retentissement de l'une sur l'autre.

« On ne retrouve jamais un point de départ pour le développement du carcinome à partir de l'endométriase et, à plus forte raison, de transformation de l'une dans l'autre. »

Ainsi, notre recherche n'a pas été très fructueuse et nous avons pensé que l'extrême rareté de l'association cancer du corps-endométriase provenait de ce que ces deux affections évoluaient, sauf dans des cas exceptionnels, à des stades différents de l'âge des malades.

En effet, nous savons que :

Le cancer du corps est le cancer de la 5^e décade.
Il est post-ménopausique.

50 %	des femmes ont entre 50 et 60 ans ;
35 %	— 60 et 70 ans ;
10 %	seulement ont de 40 à 50 ans.

Au contraire :

L'endométriase est liée à l'activité ovarienne.

Différentes statistiques le prouvent, ainsi qu'une observation de L. BAZY, S. BLONDIN et P. CHENE citée plus loin.

L'âge des malades atteintes d'endométriase donne les pourcentages suivants :

1^{re} Statistique (POLANO) p. 479 du rapport du Professeur P. BROcq (66 cas) :

20 à 30 ans.....	15 %.
30 à 40 ans.....	39 %.
40 à 50 ans.....	45 %.
50 à 60 ans.....	3 %.

2^{me} Statistique (ALLEN) (119 cas) :

Etagés de 17 à 67 ans :

20 à 30 ans.....	20 %.
31 à 40 ans.....	33 %.
41 à 50 ans.....	37 %.
51 à 55 ans.....	5 %.

(Les 5 % restant affectés aux âges-limites.)

3^o Statistique (COUNSELLER, 1938) (884 observations) :

20 à 29 ans.....	6,9 %.
30 à 39 ans.....	30,8 %.
40 à 49 ans.....	50,1 %.
50 à 59 ans.....	11,2 %.
60 à 69 ans.....	0,9 %.
+ 70 ans.....	0,1 %.

4^o Pour SKAMNAKIS, qui a observé 99 malades atteintes d'endométriase utérine, la majorité de ses patientes est âgée de 40 à 50 ans.

5^o Pour MAYO, statistique de 1940, l'âge varie de 25 à 54 ans avec 87 % de malades âgées de 30 à 49 ans.

Enfin, l'observation de L. BAZY, S. BLONDIN et P. CHENE, résumée ci-dessous, montre comme « l'extinction de l'activité ovarienne suffit à arrêter l'évolution de l'endométriose ».

Observation tirée des *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*.

« Il s'agit d'une institutrice âgée de 44 ans.

Elle a souffert à deux reprises à la fin de 1937 d'une violente crise abdominale avec température et vomissements. La dernière crise a duré 3 jours avec température à 39°4.

Depuis 4 ans, la malade a présenté des rectorragies de sang rouge, indolentes, assez abondantes, surtout marquées au moment des époques menstruelles.

Depuis 18 mois, les règles sont diminuées.

En 1933 on a posé le diagnostic d'hémorroïdes, en 1934, 13 injections sclérosantes furent faites.

En 1937, la *rectoscopie* montre des hémorroïdes externes dont la coagulation est conseillée.

Le *toucher rectal* ne montre aucune tumeur, mais deux bourrelets hémorroïdaires.

Le *toucher vaginal* : une légère augmentation de volume de l'utérus.

La malade n'a pas d'enfant ; elle a fait une fausse-couche sept ans auparavant.

La malade se plaint de douleurs à type de pesanteurs pelviennes irradiant vers le coccyx, au moment des rapports sexuels et à l'approche des règles.

Intervention le 1^{er} décembre 1937. — Ablation de l'appendice enflammé.

Ligature et cautérisation de deux gros paquets hémorroïdaires.

Pas de diverticule de Meckel ; ovaire droit sain.

Le 9 février 1938, la malade revient pour rectorragies de sang rouge au moment de ses deux dernières règles.

Rien au T. V.

Mais au *toucher rectal* : tumeur à la face antérieure de l'ampoule rectale, à 7 cm. de l'anus ; des dimensions d'une pièce de 5 francs ; mobile et indolente, saignant sous le doigtier.

Le 11 février : endoscopie : ulcération de 3 cm. de la muqueuse.

Biopsie : *pas de cancer.*

Le 18 février : nouvelles endoscopie et biopsie : l'ulcération a diminué spontanément et est difficile à voir.

L'examen histologique montra sur toutes les coupes des *formations endométriales typiques.*

De mars à juillet 1938, les règles cessèrent et les rectorragies se bornèrent à quelques gouttes de sang rouge.

Ainsi la ménopause fut-elle la cause de la guérison.

Cependant, à côté de l'endométriose rectale si typique, on a retrouvé quelques cas d'association d'endométriose du rectum et de cancer.

Quelques cas aussi d'endométriose simulant les cancers du rectum, ce qui, nous le verrons ultérieurement, a eu pour effet de provoquer des opérations extrêmement mutilantes et graves alors que la castration, en cas de sténose peu serrée, ou la ménopause naturelle, les auraient évitées.

Ainsi, dans les observations que nous développons, MM. BERGERET RACHET (*Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*, 65, p. 559-964, 28 juin 1939) trouvent ainsi que M. BRAINE : le cancer de l'ampoule associé à l'endométriase, développée dans la paroi même du rectum.

Par ailleurs, FRIEDMAN (*Am. J. of Surgery*) trouve une endométriase périrectosigmoïdienne *simulant* le carcinome. F. PAPIN (*Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, séance du 22 mars 1939), CADENAT et de nombreux auteurs pratiquent l'exérèse comme s'il s'agissait du cancer du rectum.

(L'intervention de M. F. CADENAT ayant eu lieu en deux temps, il est regrettable qu'au cours du 1^{er} temps la biopsie n'ait pas été pratiquée.)

Certes, le diagnostic pré-opératoire est extrêmement difficile. Il nécessite l'association de l'étude des signes cliniques et de leur accentuation cyclique aux examens rectoscopiques et radiologiques de l'ampoule rectale, pratiqués à diverses époques de la période menstruelle.

A ce propos, nous citerons plus loin une observation de JOSEFSSON qui montre quelles patientes recherches durent être pratiquées pour poser le diagnostic.

A notre avis rien n'empêche un cancer du rectum au début, de s'associer à une endométriase.

Cette association semble moins exceptionnelle, puisque le cancer du rectum peut apparaître à n'importe quel âge de la vie, tandis que l'asso-

ciation endométriose utérine-cancer du corps utérin-endométriose rectale, que nous avons relevée dans l'observation du D^r Jean BENASSY est rarissime.

Quoi qu'il en soit, on est en droit de se demander si l'endométriose ne constitue pas un état précancéreux ?

Quelle est donc la pathogénie de l'endométriose ?

K. DE SNOO, dans un article publié le 11 mai 1940 dans le *Neederlandsch Tijdschrift voor Geneeskiende* (t. 84, vol. 9) fait jouer un rôle important dans sa genèse *aux anomalies de la vie sexuelle dans les sociétés civilisées*, à la prolongation de la puberté notamment, qui détermineraient des excitations pouvant retentir sur l'ovaire et indirectement sur les génitoblastes. Les génitoblastes sont des cellules qui peuvent donner naissance aux endométrioses et sont à l'origine :

- des fibres musculaires ;
- des cellules du stroma ;
- des cellules épithéliales.

Nous préférons nous référer encore au Mémoire du Professeur BROcq et à son « essai de conclusions pathogéniques » d'où nous dégageons ce qui suit :

1^o C'est dans l'endomètre adulte qu'il faut chercher l'origine des foyers hétérotopiques.

2^o C'est la menstruation, la destruction cyclique de l'endomètre qui se retrouve dans les espèces su-

jettes à l'endométriase : la femme et quelques primates.

C'est l'hyperfolliculinisme qui, semble-t-il, est le terrain le plus favorable au développement de l'endométriase.

On aurait pu, la chimie nous faisant connaître que la folliculine est proche des produits de synthèse carcinogénétiques, penser que l'hyperfolliculinie pouvait engendrer simultanément endométriase et cancer.

Il n'en est rien :

1^o les métastases vasculaires ou d'implantation de l'endométriase sont toujours bénignes ;

2^o dans les cas de dégénérescence on peut admettre que l'endomètre ectopique peut, comme l'endomètre normal, subir des dégénérescences exathéliomateuses ;

3^o quant au cancer du corps utérin, enfin, il n'est pas influencé par la folliculine ovarienne puisqu'il se développe après la ménopause, chez des femmes qui ne présentent plus d'activité ovarienne.

Le cas du Docteur Jean BENASSY est donc tout à fait exceptionnel : de façon générale cancer du corps et endométriase ne coïncident pas ; elles se succèdent rarement.

Relevons toutefois que « quoique rare, la dégénérescence épithéliomateuse de l'endomètre ectopique est de siège presque toujours utérin » (P. BROcq et J. VARANGOT).

Que notre malade âgée de 49 ans était stérile et n'était pas encore tout à fait ménopausée.

Pour compléter notre étude, nous nous sommes attachés à la seconde affection que présentait notre malade : l'endométriose recto-sigmoïdienne.

Observations d'endométriose recto-sigmoïdienne.

Dans le Mémoire du Professeur P. Brocq et grâce à cet ouvrage, nous avons pu collationner, outre l'observation de la page 22, un certain nombre de cas.

Nous allons les citer et de leur étude nous essaierons de tracer le tableau de l'affection considérée.

Observation II.

FURST et SKORPIL (*Arch. für Klt. Chir.*,
t. 179, 1934, p. 485-501).

Femme de 43 ans.

Puberté à 14 ans.

Endométriose rétro-cervicale avec endométriose du rectum, avec symptômes rectaux en rapport avec les règles (rectalgie menstruelle) et menstruation rectale.

La malade avait subi, en 1930, l'ablation d'un kyste chocolat de l'ovaire droit.

Puis en 1932, l'hystérectomie supravaginale d'un utérus myomateux.

Une rectoscopie fit penser à un carcinome du rectum,

mais l'image ne fut pas retrouvée telle à divers examens.
Guérison par castration radiothérapique.

Observation III.

FRIEDMAN (*American Journal of Surgery*,
t. 33, 1936, p. 398).

Femme de 40 ans, stérile, à menstruations normales jusqu'aux derniers 18 mois. Admise au Sydenham Hôpital de New-York pour obstruction intestinale partielle et fibrome.

Se plaint de ménorragies, de constipation périodique, rythmée par les règles, et à leur occasion de nausées et de vomissements.

Amaigrissement de 17 kgr. Météorisme. Pas de sang dans les selles.

L'intervention (hystérectomie supravaginale difficile avec castration bilatérale) amène une augmentation de poids de 10 kgr. ; la cessation de la constipation et des nausées.

Observation IV (GRAVES).

Femme de 40 ans.

Douleurs rectales exacerbées au moment des règles.

Examen : Volumineuse tumeur atteignant l'ombilic, s'accompagnant d'une induration diffuse du pelvis, comprimant le rectum sans l'ulcérer.

4 ans auparavant, un chirurgien et un spécialiste ont conclu à l'existence d'un *cancer du rectum inopérable*. Cependant la conservation d'un état général excellent autorise à concevoir des doutes sur le bien-fondé du diagnostic.

Une laparatomie exploratrice est proposée et refusée par la malade.

9 mois plus tard, celle-ci est ramenée pour une crise d'occlusion intestinale. On découvre une ulcération du cul-de-sac postérieur du vagin.

La biopsie révèle que cette soi-disant tumeur maligne est une endométriose.

L'état misérable de la malade n'empêche pas l'intervention. Hystérectomie en bloc avec ablation d'une partie du sigmoïde distendu. Colostomie. Guérison et fermeture rapide de la colostomie.

Deux ans après, il ne persiste qu'une sténose du rectum avec perméabilité toutefois suffisante, quelques nodules atrophiques dans le Douglas.

Observation V (BRAINE).

Cancer de l'ampoule rectale coïncidant avec un endométrioïme rectosigmoïdien sténosant développé dans la paroi même du rectum.

Amputation abdomino-périnéale datant de 14 mois (*Arch. des maladies de l'appareil digestif*, t. 22, p. 673-677, juin 1932).

Malade âgée de 41 ans, chez qui une amputation abdomino-périnéale du rectum a été pratiquée avec hystérectomie complémentaire du fait de l'adhérence de l'endométrioïme.

Il coexistait un cancer cylindro-glandulaire, en cocarde, ulcéré, typique, de la partie inférieure de l'ampoule rectale avec un endométrioïme recto-sigmoïdien qui étranglait en virole le conduit intestinal sans en ulcérer la muqueuse.

Cette coexistence montre la nécessité d'incision abdominale exploratrice dans les interventions d'exérèse dirigées contre les néoplasmes rectaux.

Observation VI.

M. Braine cite également l'observation ci-dessous :

Malade d'une quarantaine d'années.

Opérée pour fibrome utérin.

Constatation opératoire d'une tumeur recto-sigmoïdienne laissée en place.

Cette tumeur donnait lieu à des accidents périodiques.

Rectoscopie : pas d'ulcération du haut rectum.

Rectite avec de temps à autre des glaires et du sang, en regard de la lésion, partiellement sténosante. Après l'intervention, les accidents rectaux régressent.

Observation VII (MATRY).

Endométriose du rectum (*B. et M. Soc. Nat. de chirurgie*, t. 56, p. 712-719, 1930).

Observation d'une femme de 63 ans.

Vue le 20-10-1929 : masse dure soulevant la partie inférieure du ventre.

Sensation de lourdeur, avec envie d'uriner et d'aller à la selle. Constipation légère. Bouffées de chaleur.

T. A. : 16-7 ; urée : 0 gr. 53.

Il s'agit d'un fibrome gros comme une tête d'enfant, régulier et mobile.

Le toucher rectal montre des noyaux bloquant le Douglas, appuyant sur le rectum.

En novembre 1929 jusqu'en décembre : curiethérapie ;

diminution de volume du fibrome qui reste bosselé en arrière.

Perception de nombreux nodules au T. V. et au toucher rectal : Rectum libre ; la constipation s'est cependant accentuée.

Le 29 janvier 1930 : *intervention*.

L'anse omega est anormalement dilatée.

Stricture au niveau du 1/3 inférieur de l'anse sigmoïde.

Induration obstruant l'intestin, pas de ganglions dans le mésentère.

La lésion ressemble à un cancer en virole.

La résection ne peut être terminée pour des difficultés d'anesthésie.

Exitus au 9^e jour.

Histologiquement : utérus : fibromyome ;

rectum : aspect d'endométriase.

Observation VIII (OCKINCZYC J.)

(A propos de trois cas de tumeurs bénignes du côlon pelvien (endométriome, diverticulites) (*Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, t. 62, p. 271-277, 1936).

Mlle L..., infirmière, opérée 3 ans auparavant pour maladie de Paget au sein gauche est restée guérie sans récurrence. Sans avoir jamais de sang dans ses matières, la malade s'est toujours plaint de son intestin : tendance à la constipation avec alternatives de crises de constipation opiniâtre et de diarrhée.

Le 10 octobre 1935 : crise d'occlusion intestinale cédant spontanément partiellement : subocclusion, puis diarrhée et constipation alternées.

Au 8^e jour de la crise: ventre très tympanisé, mais souple et dépressible. Crises douloureuses intermittentes avec contracture segmentaire perceptible. Puis, tout rentre dans l'ordre.

Rien à l'examen rectal.

Radio : stricture du côlon pelvien avec apparence de sténose organique et néoplasique.

Intervention : 21 décembre 1935.

Extériorisation de la tumeur. Colostomie.

La muqueuse intestinale était normale ; la tumeur était située dans le méso et constituée par un endométrrome.

Observation IX (F. PAPIN).

Endométrrome sténosant de l'anse sigmoïde. Résection intestinale (*Mémoires de l'A. C. Scé* du 22-3-1939, n^o 10, p. 418-421).

Malade âgée de 40 ans.

Présente depuis un an des coliques intestinales vives (dans la fosse iliaque gauche surtout). Ces coliques s'accompagnent d'une véritable subocclusion, d'une constipation de plusieurs jours.

A l'examen : lors d'une crise douloureuse : voussure péristaltique de la fosse iliaque gauche.

Lavement baryté : obstacle à la partie moyenne de l'anse sigmoïde.

Les règles sont normales. Pas d'enfant. Pas de fausse-couche. *Dysménorrhée* depuis 3 ou 4 ans.

Constipation depuis l'été 1937. Colique intestinale en octobre 1937.

Tous ces symptômes ont un maximum une dizaine de jours avant les règles.

Intervention : le 19 mai 1938.

Tumeur intestinale d'aspect néoplasique, siégeant sur la deuxième moitié de la sigmoïde, non loin du sommet de l'anse.

Masse blanchâtre, rétractile, dure, du volume d'une châtaigne, à laquelle adhère légèrement la trompe gauche par l'extrémité du pavillon.

La trompe et l'ovaire paraissent sains.

Résection de la sigmoïde qui emporte en même temps les annexes gauches adhérentes.

Les deux bouts sont mis à la peau.

Guérison sans incidents.

Le 10 juin 1938 : rétablissement de la continuité intestinale et guérison complète sans incident.

Absence de tout signe de transformation maligne.

Un an après l'opération, les fonctions intestinales et les règles sont normales.

Observation X.

Observation de CUNY, de Mulhouse (tirée du mémoire de MM. P. BROCCQ et VARANGOT).

Malade, âgée de 35 ans, mariée, sans enfants : souffre depuis des années d'une intense *dysménorrhée*. Depuis quelque temps, elle présente des sensations douloureuses localisées, dans le rectum. La perception d'une petite masse kystique rétro-utérine donne l'occasion d'intervenir.

A l'intervention : on ne retrouve pas la tumeur perçue au toucher vaginal.

Les deux ovaires étaient scléro-kystiques, et comme

l'examen remontait à 1 mois, le chirurgien pensa qu'il s'agissait d'un kyste folliculaire spontanément rompu. Mais il découvre une minuscule tumeur, grosse comme un petit pois, dure, bien circonscrite semblant, à la palpation, intéresser les 3 tuniques de l'intestin.

L'aspect était celui d'une métastase néoplasique. A 5 cm. au-dessous, on voyait également une petite tache blanchâtre, légèrement surélevée, atteignant seulement la séreuse.

M. Cuny pratiqua d'abord la résection cunéiforme des ovaires scléro-kystiques, à la manière de Walther, puis l'excision large du nodule sigmoïdien. Fermeture en 4 plans. Guérison. Examen histologique :

(M. le Prof. Oberling) : endométriose sous-séreuse et interstitielle du côlon sigmoïde.

Observation XI (OLHLECKER).

(Zür Endometriose der Flexura sigmoidea b. z. w.
des rectum *Zbl. Chir.*, 1932, p. 1212-1218).

Femme de 31 ans, *dysménorrhéique*, à la suite d'un accouchement présente des troubles de la défécation, accentués au moment des règles. A ce moment-là, les selles sont rubannées ; on ne trouve pas d'hémorragies nettes, mais un écoulement muqueux par l'anus.

Une première intervention (ligamentopexie) avait été pratiquée.

On fait une *rectoscopie* : pas d'ulcération de la muqueuse. Le diagnostic d'endométriose est posé.

Alors que la ligamentopexie avait montré l'intégrité des organes génitaux et de l'intestin, on trouve sur le colon

sigmoïde, à la jonction rectosigmoïdienne, à la partie antérieure et rétrécissant la lumière, une tumeur dure, en virole, à ce point semblable à un cancer sténosant que l'ablation est faite par voie abdomino-présacrée.

L'examen histologique montre pourtant une simple endométriose qui n'avait pas intéressé la muqueuse.

Observation XIII (CADENAT F. M.).

Endométriome du côlon sigmoïde (*Mém. Ac. de Chir.*,
t. 64, 971-972, 1939).

Malade âgée de 42 ans, aide-comptable.

Entre le 14 février 1939 pour phénomènes de subocclusion.

Depuis janvier 1939, son ventre grossit et sa constipation s'accroît.

Etat nauséux avec quelques vomissements.

Les gaz passent avec peine. Echec du traitement médical.

Aucun antécédent génital aigu, un peu de métrite l'an passé. Règles normales. Pas de sang dans les selles.

Examen : L'abdomen est ballonné, sonore à la percussion ; le cœcum distendu.

Toucher rectal négatif.

Toucher vaginal difficile, unidigital ; il permet de sentir en avant du col une petite masse dure et bosselée, s'étendant dans le cul-de-sac gauche, des dimensions d'un abricot, peu sensible, mobilisable et indépendante de l'utérus.

Utérus petit. Le cul-de-sac droit et le cul-de-sac postérieur sont libres.

La radio montre : de la distension des anses grêles, sans

niveau liquidien. Une énorme distension du côlon gauche. Le lavement baryté ne parvient qu'à distendre le rectum, sans arriver à dépasser la jonction recto-sigmoïdienne.

Le diagnostic se pose entre néo du sigmoïde et sténose extrinsèque.

16 février 1939 : *intervention*.

Anses grêles distendues et gênantes. Enorme côlon pelvien adhérent, intimement à la partie inférieure, dans la profondeur annexes et utérus impossibles à voir.

Le côlon plus inflammatoire que néoplasique. *Anus iliaque*. Aspiration des gaz coliques, pose d'un tube de Paul. Suites simples.

Le 9 mars 1939 : deuxième intervention.

La tumeur sigmoïdienne est enlevée, après une libération difficile et une opération de Hartmann guérit la malade.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'une *endométriase du sigmoïde typique*.

Observation XIII (CATTELL R. B.).

Endometriosis of the colon and rectum with intestinal obstruction (*New England, J. Méd.*, t. 217, p. 9-16, 1937).

Parmi les endométrioses Cattell trouve 16,3% d'atteintes rectosigmoïdiennes. Le diagnostic préopératoire peut être fait : 1° si l'obstruction est connue depuis longtemps ; 2° si elle est influencée par la menstruation ; 3° si l'examen au rectoscope et au lavement baryté ne fait pas suspecter le carcinome. Les malades étaient divisées en 3 groupes :

- endométrioses recto-vaginales,
- atteinte diffuse du recto-sigmoïde,
- lésions discrètes du sigmoïde.

Le traitement opératoire, à cause de la complication intestinale, a porté sur l'intestin et non seulement sur les ovaires.

Cependant, dans tous les cas, l'ablation des ovaires est nécessaire. Les résultats opératoires de 6 cas publiés ont été bons.

Dans le même numéro du *New England Journal of Medicine* se trouve l'observation de Hepburns :

Un endométrioïme du sigmoïde diagnostiqué 3 ans auparavant, à l'occasion d'une intervention chirurgicale, provoque une crise d'occlusion aiguë.

A l'intervention, *aspect de carcinome* : colectomie partielle.

L'âge des opérées de Cattell varie de 40 à 49 ans.

Observation XIV.

Cas de LAMARE, LARGET et ISIDOR.

Malade âgée de 29 ans.

Dysménorrhée et ménorragies depuis 4 ans.

Utérus gros et inégal, supprimé par hystérectomie subtotale. Au cours de l'intervention se révèle : un pli circulaire du sigmoïde avec épaissement de ses parois.

15 jours après l'intervention : occlusion.

Intervention d'urgence : extériorisation de la tumeur après accolement en canon de fusil des deux branches du sigmoïde.

A ce moment, la tumeur avait tellement diminué de volume que la recherche minutieuse dut en être effectuée.

La colectomie fut déterminée par les antécédents pathologiques de la malade.

A l'examen histologique : endométriose du sigmoïde, limitée à la sous-séreuse.

Observation XV.

DE BIEBL de Göttingen. Zür Endometriosis des Darmes
(*Virchows Archiv.*, t. 364, p. 71-85, 1927).

Nous tirons le résumé suivant :

Femme de 49 ans, bien portante jusqu'à 40 ans. A ce moment : dysménorrhée, ménorragies ; puis plus tard, une tumeur intestinale. Cette tumeur extirpée en deux temps comme un cancer, était histologiquement une endométriose.

Observation XVI.

Bien que l'observation de MM. Bergeret, Rachet figure dans le mémoire du Professeur Brocq, page 544, nous la reproduisons partiellement : (*Mém. A. C.*, t. 65, p. 959-964, 28 juin 1939).

Femme de 43 ans ; 4 enfants.

Dysenterie amibienne en 1933 (émétine et stovarsol). De 1936 à 1938 : diarrhée chronique (sans syndrome dysentérique, ni ténesme, ni épreintes, ni selles sanglantes).

En novembre 1938 : à l'époque des règles, hémorragie intestinale de sang rouge, d'abondance moyenne, pendant 24 heures.

Fin novembre : nouvelle hémorragie beaucoup plus considérable et durant plusieurs jours.

Au toucher rectal : volumineux polype, irrégulier, œdémateux et mou, implanté à la face antérieure du rectum, à 5 cm. de l'anus, saignant au contact.

Rectoscopie : tumeur irrégulière, bourgeonnante, ulcérée.

Biopsie : dégénérescence néoplasique d'un polype rectal.

Toucher vaginal : gros utérus peu mobile, assez grosses annexes, non douloureuses.

Le 9 janvier 1939 : colostomie iliaque gauche.

Le 19 janvier : *laparatomie médiane*.

Utérus 4 fois gros comme un utérus normal. Annexite kystique double, adhérente à la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges et au côlon pelvien.

Hystérectomie abdominale totale, avec castration bilatérale. Amputation abdomino-périnéale avec une grande partie de la paroi postérieure du vagin.

Abondante transfusion. Guérison.

Examen macroscopique :

1° tumeur pédiculée du rectum ;

2° rétrécissement de la partie moyenne du côlon sigmoïde : virole blanchâtre, aspect macroscopique d'un squirrhe.

La muqueuse qui recouvre cette virole est normale et non envahie.

Examen histologique (M. Normand) : celui de l'utérus manque malheureusement :

1° épithélioma cylindrique lieberkuhnien, végétant, très typique, infiltrant la masse polypoïde ;

2° au niveau du rétrécissement annulaire, *endométriose très typique, tout à fait indépendante du cancer rectal*.

Observation XVII.

KELLER et FOBE, in *La Gynécologie*, t. 36, p. 17-23, 1937.

Endométriome intestinal. Résection iléocæcale. Cinq ans plus tard, récidive dans une hernie épiploïque.

Femme de 38 ans. Deux grossesses. Entrée 5 ans auparavant à la Maternité de Strasbourg pour douleurs pelviennes, rythmées par les règles.

Examen général normal ; examen gynécologique : col fermé, utérus agrandi, en antéflexion ; à droite : tumeur kystique de 7 cm. sur 6, sensible au toucher.

Intervention pour tumeur kystique de l'ovaire droit.

Il s'agit en réalité, d'une tumeur ilio-cæcale recouverte d'épiploon.

Iléo-transversotomie latéro-latérale avec résection iléo-cæcale.

Suites opératoires : abcès de rétention, embolie pulmonaire, second abcès avec fistule stercorale.

Examen histologique : *endométriome*.

Cinq ans plus tard : douleurs périodiques au niveau de la cicatrice abdominale (un jour avant les règles, et durant 3 jours).

A l'examen : hernie sous-ombilicale en haut de la cicatrice avec endométriome dans la hernie.

Il est à noter que l'endométriose intestinale avait évolué sans signe de sténose.

Observation XVIII (DECOULX et BEDRINE).

Endométriome de la sigmoïde.

Guérison spontanée après castration (Société française de gynécologie, séance du 5 déc. 1937. Comptes rendus de la S. F. de Gynécologie, p. 271, déc. 1937).

La malade âgée de 26 ans, entre le 27 avril 1937 à la Charité de Lille, pour *dysménorrhée*.

Réglée depuis l'âge de 15 ans, toujours douloureusement ; accentuation des douleurs vers la fin des règles qui, autrement sont normales, sans douleurs dans l'intervalle.

Les douleurs sont bilatérales, un peu plus vives à droite, avec irradiation lombosacrée ; pas de leucorrhée.

Malade mariée depuis 4 ans, sans enfant.

Il n'y a aucun signe de compression rectale ou vésicale. Les selles sont normales, régulières, indolores. L'examen de l'abdomen est négatif.

Toucher vaginal : col normal, non ulcéré.

En arrière du col : masse régulière, mobile avec le col, un peu douloureuse.

Le corps utérin est rétrofléchi : les annexes ne sont pas perceptibles.

Intervention : le 3 mai 1937 (Schleich).

Utérus en position normale, petit, non fixé, 50 cc. de sang libre se trouvent dans le Douglas. L'ovaire gauche est normal ; l'ovaire droit est prolabé dans le Douglas et fixé.

Décollement facile de l'ovaire et de la trompe, normaux. Au niveau de l'anse sigmoïde, tumeur située au voisinage du promontoire, dure, ligueuse, rétractile, du volume d'une mandarine, circonférentielle, rétrécie en virole à sa partie moyenne. Le méso est rétracté, infiltré, sans adénopathie précise. La tumeur est indépendante de l'utérus auquel elle n'adhère pas et a l'aspect d'une tumeur maligne de la sigmoïde.

Sur l'utérus, on trouve une petite tumeur de la paroi postérieure du vagin, située au-dessous du museau de tanche, presque au fond du Douglas. Violacée, infiltrante, congestive, évoquant l'idée d'endométriome.

Traitement : castration par hystérectomie subtotale.

Abandon de la tumeur sigmoïdienne.

La biopsie montre des fibres musculaires lisses entre-

coupées avec deux ou trois tubes glandulaires, à revêtement cylindrique : *endométriase*.

L'évolution de la tumeur sigmoïdienne est très intéressante.

1^o le 19 mai 1937 :

T. V. : la masse, sans changement, est encore adhérente à l'aileron sacré.

T. R. et rectoscopie sont négatifs.

L'examen radiographique (lavement baryté) montre :

1^o au niveau de la portion verticale de l'S sigmoïdien un canal rétréci, long de 4 à 5 cm. ;

2^o a ce niveau, l'S sigmoïdien est réduit à un mince défilé, à bords déchiquetés, avec image lacunaire.

Les parois coliques ne sont pas infiltrées.

L'image est d'un cancer en virole ou d'une sigmoïdite sténosante. Diagnostic en faveur duquel plaide l'absence d'infiltration en amont de la sténose.

La malade est revue chaque mois, et chaque mois la masse sigmoïdienne diminue, s'assouplit, se mobilise et disparaît complètement le 5 septembre 1937, quatre mois après l'intervention.

La radio pratiquée tous les deux mois, montra un transit normal le 15 septembre.

Un cliché fut même pris après évacuation partielle et insufflation du rectum, montrant : une distension presque normale, bords bien dessinés, sans spasme ni lacune.

Bon état général.

Augmentation de poids de 5 kgr.

Pas de traitement endocrinien ultérieur.

Cette observation est intéressante à tous points de vue. Mais espérons que — comme la notion de

l'amélioration des évacuations digestives le laisse supposer — chez la malade du Docteur BENASSY, l'endométriose intestinale guérira également complètement par la castration.

Observation XIX.

J. D. SCHOFIELD et H. E. BACON (Philadelphie).

Endométriose du rectum et du sigmoïde (*Annals of Surgery*, vol. 107, juin 1938, p. 1022-1028).

Malade âgée de 36 ans, entrée à l'hôpital pour hémorragie depuis 3 ans.

A l'examen : multiples fibromes utérins. Ovaro-salpingite gauche.

Intervention : hystérectomie subtotale, avec ablation des annexes. Le sigmoïde est envahi par une masse dure. Extériorisation.

Deuxième intervention (5 jours plus tard) : résection secondaire. Guérison opératoire.

Histologiquement : endométriose de l'ovaire gauche, endométriose de l'intestin, avec intégrité de la muqueuse.

Observation XX.

Nous citons enfin une assez ancienne observation de Bérard et Croizat.

Endométriome de l'S iliaque chez une malade atteinte d'un double kyste séro-hématique (*Lyon chirurgical*, 27, 636-637, sept.-oct. 1930).

Jeune fille de 32 ans.

Antécédents de symptômes passagers d'occlusion, avec

pesanteur dans le bas-ventre et gêne à la miction, accentuées au moment des règles.

Examen : Seul le toucher rectal est pratiqué.

Masse tendue, saillante dans le Douglas, refoulant le rectum en arrière et à gauche, ainsi que le cul-de-sac droit. Limitation droite nette par en haut, à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire peut-être dermoïde est porté.

Intervention le 27 février 1930 :

— à droite : kyste hématique rompu avec liquide rosé et quelques débris organiques ;

à gauche : kyste encore plus volumineux, refoulant le rectum et basculé en arrière.

Sur la sigmoïde : deux nodules blanchâtres enchassés dans la paroi, aspect de nodule fibromateux.

Résection intestinale.

Bonnes suites opératoires.

Histologie : kyste wolffien de l'ovaire. Endométriose typique de l'intestin.

Tels sont les intéressants cas qui, grâce au Mémoire de M. le Professeur Pierre Brocq et M. J. VARRANGOT ont pu s'offrir à notre étude.

Pour notre part, nous avons essayé de retrouver quelques cas publiés entre octobre 1939 et la date actuelle.

Nous les citons ci-dessous, et regrettons de n'avoir pu, malgré nos efforts, les rencontrer plus nombreux.

L'observation de M. SEILLÉ, rapportée à la séance

du 26 mars 1941 à l'Académie de Chirurgie, ainsi que les trois observations de M. DOUAY, sont des plus intéressantes.

Enfin dans les *Acta obstetricia et gynecologia Scandinavica* nous avons trouvé une excellente étude du diagnostic de l'endométriose sténosante du côlon sigmoïde, de JOSEFSSON (fin de l'année 1939).

Nous savons que les Canadiens s'intéressent aussi à l'endométriose du côlon sigmoïde, puisque un cas en est publié dans le *Journal de l'Hôtel-Dieu* de Montréal de janvier-février 1941, sous la signature de C. Le François.

Il ne nous a pas été possible, mise à part la communication du Docteur Jean BENASSY, de découvrir de cas encore plus récents.

Voici le résumé de l'observation de M. Guy SEILLÉ publiée à la séance de l'Académie de Chirurgie du 26 mars 1941 (*Mémoires*, p. 245). Endométriose du côlon sigmoïdien :

Femme de 39 ans, mariée depuis 15 ans, ni grossesse ni fausse-couche.

Depuis un an : *constipation* avec crises douloureuses de la fosse iliaque gauche. Emission de selles rubannées ou liquides.

Accentuation des troubles au moment des règles, peu abondantes et douloureuses. Depuis juin 1934 : minimes métrorragies d'une semaine se produisant 8 jours après les règles.

Trois jours avant les règles : le 3 décembre 1934 : crise

douloureuse très violente ; d'une durée de 24 heures : douleur vive, tendance syncopale, ballonnement abdominal, arrêt des matières et des gaz, émission d'un peu de sang par l'anus.

Le 17 décembre, quatre clichés radiographiques sont tirés montrant : un rétrécissement serré du côlon pelvien, près de la jonction rectosigmoïdienne, évoquant la possibilité de cancer.

Mais :

— le calibre n'est pas uniformément rétréci,

— la lumière colique est excentrée, rejetée à la partie supérieure par le développement d'une tumeur inférieure à contours lisses, arrondis, tracés au compas.

Sur deux clichés : effilochures suspectes.

Diagnostic radiologique : de néo., de compression extrinsèque du côlon par une tumeur ovarienne, compatible avec un petit kyste de l'ovaire dont la malade avait souffert quelques années auparavant.

A l'examen : bon état général.

Abdomen légèrement sensible à la palpation profonde de la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la tumeur.

A 5 cm. de l'anus, au niveau du Douglas : petite induration douloureuse.

Le toucher vaginal : dans le cul-de-sac postérieur, infiltration faisant corps avec la face postérieure au col utérin, particulièrement sensible au doigt.

Spéculum : muqueuse du corps, col et vagin normaux.

Rectoscopie : muqueuse normale, mais à 5 cm. de l'anus le tube bute contre le rétrécissement et ne peut s'engager plus haut.

Pas d'ulcération, pas de glaires, pas de sérosité sanglante ni d'inflammation comme au niveau d'un cancer.

Diagnostic de squirrhe ou de tumeur extracolique.

Intervention le 5 janvier 1935 :

Médiane sous-ombilicale.

Au 1/3 inférieur de la face antérieure du côlon pelvien : tumeur squirrheuse de la taille d'une petite noix, dure avec froncement péritonéal à son niveau.

En arrière de l'utérus, au fond du Douglas, autre petite tumeur de la taille d'une cerise, infiltrée, dure, adhérente au col en avant du rectum en arrière.

L'aspect est celui d'un néo nécessitant une amputation haute du rectum. Mais un petit kyste hématique de la taille d'un grain de blé, bleuâtre est découvert.

Biopsie suivie de fermeture en 3 plans. La biopsie montre une endométriose.

Un 2^e temps opératoire est pratiqué trois semaines plus tard :

— Hystérectomie sus-vaginale

(sans signes cliniques macroscopiques d'endométriose).

— La tumeur sigmoïdienne *non annulaire* bénigne, est enlevée en la cerclant au plus près. Mikulicz.

L'examen histologique montre une *endométriose sigmoïdienne* avec deux petits polypes muqueux.

Cette observation a fait l'objet d'une discussion qui a fourni à M. Douay, à la séance du 23 avril 1941, l'occasion de publier 3 intéressantes observations.

La première est celle d'une endométriose pelvienne avec localisation rétro-utérine et tumeur circonscrite du côlon pelvien.

Malade âgée de 30 ans, pas d'enfant.

Dysménorrhéique et souffrant d'annexite gauche, chez qui l'on pense à une tuberculose annexielle.

A l'intervention le 14 mai 1934 :

— Annexe droite avec ovaire polykystique, adhérent derrière l'utérus. Ablation de cette annexe.

— Au-dessous : masse rétro-utérine ayant comblé le

Douglas, adhérente au rectum, avec de petits points noirs, caractéristiques de l'endométriase.

— A quelques centimètres en dessous : noyau dur de la paroi antérieure du côlon, mobile, de la grosseur d'une amande.

On laisse en place.

Castration par roentgenthérapie.

Pas de récidence après 7 ans.

L'examen histologique : endométriase.

Rectoscopie post-opératoire : muqueuse rectale soulevée par la tumeur adhérente, non ulcérée.

La radiothérapie à doses de castration amène des troubles de castration très marqués.

La tumeur rectale est toujours perceptible.

L'injection, chaque quinzaine, d'un milligramme de benzoate de folliculine, suivie chaque fois de douleurs pelviennes avec pesanteur dans le rectum est abandonnée au bout de deux mois.

L'association folliculine-testostérone est mieux tolérée.

En 1941 : l'état général est bon. Il ne persiste plus au toucher rectal qu'un petit noyau dur. Sans traitement, les troubles de castration se sont amendés.

Dans la seconde observation de M. DOUAY, il s'agit d'une « endométriase pelvienne avec localisation recto-vaginale diagnostiquée ».

Malade âgée de 37 ans. Pas d'enfant.

Dysménorrhée progressive.

Tumeur rétro-utérine douloureuse.

Au spéculum : aspect caractéristique du cul-de-sac postérieur, avec plissements et points noirs permettant le diagnostic clinique d'endométriase.

Intervention le 8 avril 1935 : hystérectomie totale élargie avec dissection difficile des uretères.

Ablation du 1/3 supérieur du vagin, sans ouvrir le rectum.

En outre, on trouve une tumeur ronde, un peu bosselée, à 5 cm. au dessus de la tumeur recto-vaginale sur le côlon sigmoïdè. Elle est reliée à la tumeur recto-vaginale par des bandelettes fibreuses qui plissent l'intestin en accordéon.

Résection losangique et suture.

Les suites furent graves : blessure de l'uretère gauche, fistule stercorale ; celle-ci disparaît au 10^e jour. La fistule urinaire au 3^e mois.

En mars 1941 : très bon état. Cicatrice faible, sans éversion ; vagin haut, mais souple. Aucun trouble de la défécation ou de la miction. Pas de trouble de castration.

La troisième observation citée par M. DOUAY concerne « une endométriose pelvienne avec localisation sur les ovaires, au niveau de l'étage supérieur du Douglas et tumeur endométriale recto-colique ».

La malade est âgée de 36 ans.

Elle a présenté en 1934 une tumeur rétro-utérine. En 1938, celle-ci a envahi le rectum et donne lieu à de petites hémorragies.

A la rectoscopie : la muqueuse est intacte.

Intervention le 8 novembre 1938 :

1^o La cavité pelvienne est bloquée par un ovaire gauche polikystique, adhérent, avec un kyste goudron ;

2^o Au-dessous : tumeur endométriale englobant le pôle interne de l'ovaire droit, très adhérente au ligament utéro-sacré. Le fond du Douglas est libre ;

3° La masse se continue par des brides fibreuses verticales avec une tumeur de la paroi antérieure du côlon pelvien.

Ablation de la tumeur sans ouvrir l'intestin (la section des brides a permis l'étalement de l'intestin et de trouver un plan de clivage entre la tumeur et la muqueuse intestinale).

L'ovaire droit réséqué dans ses 2/3 internes est laissé en place avec la trompe saine.

Après l'intervention : il reste l'utérus, le 1/3 externe de l'ovaire droit et sa trompe. Les règles revinrent, sans douleur au bout de deux mois.

Actuellement : excellent état. Le toucher rectal permet de reconnaître à bout de doigt une petite induration.

Dans la littérature étrangère, nous avons trouvé une très intéressante étude de 1939 de Henry JOSEFSSON.

Malade âgée de 42 ans.

3 enfants, pas de fausse-couche. Elle entre à l'hôpital en février 1936 pour polype utérin et endométrite chronique. La menstruation est profuse avec des caillots depuis un an et demi. A l'occasion de ses règles, la malade souffre du bas-ventre et dans le bas du dos.

Curettage explorateur : polype de structure muqueuse : nombreux éléments glandulaires ; pas de lésion maligne.

Après curettage : la dysménorrhée cède pendant 6 mois.

En septembre 1936 : nouvelle hospitalisation pour tumeur du sigmoïde. Constipation. Anémie secondaire.

La constipation dure jusqu'à une semaine, accentuée

pendant les règles, avec des douleurs coliques. Aux règles de septembre 1936, elle est très marquée ; une purge provoque de sévères douleurs, des vomissements, et du météorisme abdominal.

Une radio est pratiquée fin septembre.

A 20 cm. de l'anus, le sigmoïde est enserré sur une zone de 8 cm. de long. Les contours de la sténose sont irréguliers.

Le diagnostic de sténose organique, de diagnostic incertain, est porté.

Huit jours plus tard, une autre radio donne les mêmes résultats.

On apprend que l'épreuve de Weber est négative.

Le 10 octobre, la malade s'attend à ce que ses règles reviennent ; elle éprouve du ténésme, des douleurs modérées et peut avoir une évacuation.

Le 13 octobre, au 3ème jour des règles : très violentes coliques.

Le 10 novembre : pas encore de règles, pas de douleurs, mais stase intestinale.

Le 11 novembre : douleurs.

Le 12 : règles abondantes, cessation des douleurs.

Une troisième radio est faite le 16 novembre : considérables lésions organiques. La muqueuse qui subit un commencement de contracture a des contours plus irréguliers.

L'image de tumeur n'est pas typique. Le diagnostic de colite ou d'endométriose est porté. La rectoscopie montre une muqueuse sans ulcération.

En décembre est faite une résection sigmoïde avec colostomie.

Cette observation est suivie d'un résumé en français que nous relatons :

« L'endométriiose dans des cas assez rares peut se produire dans la paroi de l'intestin, surtout celle du sigmoïde, et y provoquer une sténose.

Quand elle se produit dans le sigmoïde, il est très difficile de la distinguer dans le diagnostic du cancer.

De façon que dans la plupart des cas, le vrai diagnostic n'a été fait qu'à l'examen histologique, après l'opération.

Il est pourtant possible, à l'aide des données cliniques et des rayons X, de faire un diagnostic préopératoire.

La marche de la maladie est dominée par des symptômes abdominaux, d'une périodicité mensuelle manifeste.

Des troubles de constipation associés à des douleurs abdominales diffuses qui peuvent s'aggraver jusqu'à provoquer un état de subilés, ainsi même que de violents troubles d'iléus, se produisent ou s'aggravent à l'occasion des règles.

Les troubles dysménorrhéiques sont fréquents.

A la radio, faite avec lavement-contraste, on trouve une sténose organique dont on n'avait pourtant pas pu établir la genèse auparavant.

C'est ce que l'auteur a réussi à faire, dans le cas relaté, où il y a un résultat radiographique bien distingué de celui des autres affections intestinales accompagnées de sténose, surtout de celui de cancer.

L'auteur a obtenu une sténose du sigmoïde bien délimitée, où la muqueuse est intacte même à l'endroit de la sténose, observation importante pour l'interprétation de l'image.

A un examen fait pendant les règles, la sténose est plus prononcée que pendant l'intervalle libre.

Le résultat radiographique doit être coordonné avec les observations cliniques pour qu'on obtienne un diagnostic exact.

La rectoscopie fournit, dans certains cas, des signes de grande valeur » (*Acta Medica Scandinavica*).

Tableau clinique de l'endométriose recto-sigmoïdienne.

Cette énumération d'observations nous a permis d'essayer de dégager les grands symptômes de l'endométriose rectosigmoïdienne et de tenter d'en tracer un tableau clinique.

Nous étudions tour à tour :

- les troubles de l'évacuation intestinale ;
- les rectorragies ;
- les douleurs.

Puis les signes fournis par :

- le toucher rectal ;
- la rectoscopie ;
- les examens radiologiques ;
- l'épreuve à la folliculine.

Nous signalerons la nécessité de l'examen biopsique ou extemporané, ou au cours du premier temps opératoire, lors d'intervention sur le sigmoïde.

Pour terminer, nous étudierons les traitements suivis :

la méthode chirurgicale d'exérèse ;
la méthode chirurgicale conservatrice (castration) ;
le traitement radiologique ;
ainsi que la valeur des résultats qui en découlent.

TROUBLES DE L'ÉVACUATION INTESTINALE.

Chez notre malade (observation du Docteur Jean BENASSY), on relève de la constipation.

Celle-ci est un peu atypique, en ce sens qu'elle a un caractère permanent, alors que dans la majorité des autres cas, la constipation qui, comme ici, est constituée depuis de nombreuses années, a de plus un caractère nettement périodique.

Dans le seul cas de DECOULX et BEDRINE, l'évacuation intestinale est normale.

Il semble utile d'avoir l'endométriiose présente à l'esprit et de faire préciser dans l'interrogatoire si la constipation est accentuée par les règles.

Dans la majorité des cas, c'est un symptôme évident ; dans quelques cas, notamment celui de PAPIN, les troubles du transit intestinal vont jusqu'à la subocclusion. Une constipation qui peut durer jusqu'à dix jours s'installe, coïncidant avec l'époque menstruelle, débutant le plus souvent trois jours avant et continuant une semaine.

La constipation qui a pu être habituelle peut s'aggraver d'un coup, ainsi la malade de M. CADENAT présente une courte histoire de subiléal.

Il est à noter que souvent un état nauséeux coïncide avec la crise de constipation.

Lorsque la sténose est serrée, et comme le plus souvent incomplète, l'émission des matières donne lieu à des selles rubannées, ou liquides (cas de M. Guy SEILLÉ, cas de OEHLECKER). Le plus souvent en dehors des crises il n'y a pas de sang dans les selles et l'épreuve de Weber est négative. Il est d'autres cas où, au contraire, à l'époque des règles, se place une rectorragie de sang rouge, l'émission de glaires sanglantes.

En effet, l'endométriose n'ulcère pas forcément la muqueuse, la lésion peut se congestionner et donner des troubles de compression, sans saigner dans le rectum.

Chez la malade du Docteur BENASSY, il n'y a jamais eu de sang dans les selles.

Mais chez la malade de M. G. SEILLÉ, l'émission par l'anus d'un peu de sang coïncide avec une crise douloureuse violente survenue à l'occasion des règles.

Lorsque, dans le cas de MM. BERGERET-RACHET, l'endométriose et le cancer coexistent, les rectorragies sont aggravées à l'époque menstruelle et prennent le caractère de véritables hémorragies.

Mais les symptômes rectaux peuvent faire défaut, même la douleur. Pourtant elle est caractéristique chez ces malades qui, en outre, sont toutes des dysménorrhéiques : lors des époques menstruelles, elles éprouvent une sensation de pesanteur dans le bas-

ventre, surtout accentuée à gauche, de la rectalgie, des épreintes. Chez notre malade, les signes du cancer du corps du corps utérin ont quelque peu masqué les symptômes douloureux intestinaux.

Ceux-ci peuvent être au maximum et causer des douleurs atroces. Il semble bien que, au voisinage de la ménopause, lors des irrégularités des fonctionnements de l'ovaire, on assiste à des crises extrêmement douloureuses. La malade de JOSEFSSON a 43 ans ; elle est irrégulièrement réglée depuis quelques mois et présente une crise très douloureuse, aggravée naturellement par une purge qui a accentué le péristaltisme intestinal. Au contraire, la jeune malade de DECOULX et BEDRINE présente un minimum de symptômes intestinaux ; elle n'a que 26 ans lors de ses règles, elle éprouve des pesanteurs lombo-sacrées, et c'est tout.

Toujours dans l'ordre des symptômes intestinaux associés, les hémorroïdes se rencontrent fréquemment et peuvent, dans l'observation de BAZY, BLONDIN et CHÊNE, obscurcir temporairement le diagnostic.

Les troubles de l'évacuation intestinale se retrouvent dans l'ensemble des observations. Ils ont pour caractère commun d'être cycliques et rythmés par les règles.

Par contre, s'ils existent souvent, depuis longtemps en s'aggravant progressivement, ils peuvent aussi s'aggraver d'un seul coup.

Lorsque le traitement a été bien conduit ou que la ménopause est établie, ils s'amendent toujours.

LES DOULEURS.

La douleur rectale, la douleur dans la partie gauche du bas-ventre, nous l'avons vu, est variable et inconstante, ce qui, par contre, est constant et pathognomonique, c'est la dysménorrhée. Tout comme si un utérus qui fonctionne en même temps que les autres utérus en miniature devait obligatoirement avoir des règles douloureuses.

Dysménorrhée due probablement aux troubles ovariens liés à l'évolution de l'endométriase. Elle ne fait pas défaut chez la malade du Docteur BENASSY et se retrouve dans l'immense majorité des observations.

Parmi les autres signes fonctionnels et généraux typiques, nous rappelons :

la stérilité relative des malades (la plupart n'ayant eu ni enfants, ni fausses couches, celle de JOSEFSSON a eu trois enfants, maximum rarement égalé) ;

la conservation de l'état général (il y aurait chute de poids seulement dans les cas où les douleurs s'accompagnent de vomissements abondants) ;

enfin l'âge de la malade : pour C. MAYO dans sa statistique de 1940, 87 % des cas se placent entre 30 et 49 ans.

(Notre malade, rappelons-le, avait juste 49 ans.)

Malheureusement, tous ces signes fonctionnels subissent de grandes variations individuelles.

Les signes physiques fournissent plus de précision diagnostique.

LE TOUCHER RECTAL.

Les renseignements sont différents suivant le moment du cycle génital où l'on examine la malade.

Il peut, souvent, comme chez notre malade, être négatif. Plus souvent, et s'il est pratiqué à plusieurs reprises, il peut montrer, si la lésion est suffisamment basse placée pour être perceptible :

« Une tumeur mobile et indolente, saignant sous le doigtier, des dimensions d'une pièce de 5 francs, à la face antérieure du rectum » (comme dans l'observation I de BAZY, BLONDIN et CHÊNE).

« Une tumeur dure, sur la paroi antérieure, rétrécissant la lumière intestinale » (OEHLECKER).

« Des noyaux bloquant le Douglas et appuyant sur le rectum » (MATHY).

« Une masse tendue refoulant le rectum » (BÉRARD et CROIZAT).

La tumeur peut donc être ulcérée ou non ; elle n'atteint pas toujours la muqueuse qu'elle se contente de soulever.

D'autre part, le toucher rectal est un examen qui permet de suivre la régression de l'endométriiose lors de la guérison.

Plus utile que le toucher qui ne permet qu'une exploration limitée, la rectoscopie, lorsque la sténose n'est pas serrée au point d'empêcher le passage de l'instrument, fournit de précieux renseignements et permet de faire la biopsie de la lésion.

Notre malade n'avait pas subi de rectoscopie. La rectoscopie, au moment de la menstruation, donne les renseignements les plus utiles. MAYO estime qu'ils sont peu caractéristiques. JOSEFSSON, au contraire, les juge nécessaires, associés à l'examen radiologique pour porter le diagnostic pré-opératoire.

Les renseignements fournis sont de deux ordres différents selon que la muqueuse est ou non ulcérée.

Dans les cas de DOUAY, de OEHLECKER, la muqueuse est intacte ; dans celui de JOSEFSSON, elle est sans ulcération également.

Par contre, dans l'observation de BAZY, BLONDIN et CHÊNE, elle montre :

« des petites turgescences, polypoïdes plus ou moins érectiles, simulant d'assez près des végétations néoplasiques et reposant sur une base légèrement indurée ».

Dans le cas récent de M. G. SEILLÉ, « le tube bute sur une induration déjà sentie au toucher rectal, mais la muqueuse, à ce niveau, est normale.

« Plus haut, le tube ne peut s'engager du fait du rétrécissement, mais il n'y a ni ulcération, ni glaire, ni sérosité sanglante, ni inflammation comme au niveau d'un cancer ».

Aussi nous pensons que la rectoscopie pratiquée, à divers moments de la période menstruelle, permettrait d'obtenir des aspects variables, analogues aux images d'accentuation de sténose obtenues par des radios en série.

La rectoscopie aiguille le diagnostic ; elle permet de faire *la biopsie*.

La biopsie est nécessaire. Elle seule permet d'éliminer le diagnostic de néoplasme.

Les renseignements fournis par les examens radiologiques, lavement baryté, « enema contraste » doivent être confrontés avec l'interrogatoire de la malade, du fait de la ressemblance fréquente avec le cancer.

Nous n'avons pu nous procurer les radios de notre malade ; elles avaient laissé voir, semble-t-il, une légère diminution du calibre intestinal, sans image lacunaire.

La très belle observation de M. SEILLÉ comporte 4 clichés montrant : un rétrécissement serré du côlon pelvien, près de la jonction rectosigmoïdienne. Cette image — comme le toucher, comme la rectoscopie — évoque l'idée d'un cancer. Elle a un caractère particulier : le calibre de l'intestin n'est pas uniformément rétréci ; la lumière colique est excentrée par une tumeur à contour lisse, arrondi, comme tracé au compas.

Sur deux des clichés : petites irrégularités, efflochures suspectes.

L'observation de JOSEFSSON a donné lieu à des

radios en série, dont le résultat a permis le diagnostic pré-opératoire de l'endométriose :

La sténose du sigmoïde est bien délimitée, la muqueuse est intacte à l'endroit même de la sténose.

Un examen fait pendant les règles montre l'accentuation de la sténose.

On pourrait donc s'attendre à grouper les signes radiologiques :

tumeur à contour lisse, arrondi ;

muqueuse intacte, au niveau de la sténose ;

sténose d'intensité variable.

Hélas, MAYO considère que l'ampoule rectale est normale à la radio ou semble présenter une striction, qui n'est pas pathognomonique.

Nous pensons que l'étude comparative du toucher rectal et de la rectoscopie, les examens radiologiques faits à diverses époques de la période menstruelle, fournissent par les variations cycliques des résultats une forte présomption en faveur de l'endométriose.

Certes, il ne paraît pas facile en face d'un iléus aigu de faire des examens périodiques, mais en dehors de ce cas, les recherches en série s'imposent et l'on peut même faciliter le diagnostic par *l'épreuve à la folliculine*.

L'ÉPREUVE A LA FOLLICULINE.

Elle a donné d'intéressants résultats à BAZY, BLONDIN et CHÊNE.

Elle a permis à DOUAY qui pratiquait une injection d'un milligramme chaque quinzaine, de constater à chaque fois le renouvellement de douleurs pelviennes avec sensation de pesanteur dans le rectum.

On peut estimer, avec les facilités de trouver des folliculines concentrées dans le commerce, qu'il serait possible de pratiquer le test avec des quantités de l'ordre de 20 milligrammes.

EXAMEN DE LA PIÈCE.

Seul, l'examen de la pièce permet le diagnostic *positif*.

C'est, avant l'intervention, la *biopsie* :

« Constatacion de tubes glandulaires contenant du sang, tapissés d'un épithélium cylindrique, entourés d'un chorion cytogène avec stroma vasculaire et parfois quelques fibres vasculaires lisses, sorte « d'utérus en miniature » qui permet le diagnostic certain. »

C'est cette méthode de l'analyse histologique d'un fragment de tumeur qui devra être appliquée également pendant l'opération, afin d'éviter à la malade des délabrements peu en rapport avec la bénignité de l'affection.

Biopsie analysée soit à l'ultropak en quelques minutes, ou bien congelée et colorée selon la méthode de del RIO HORTEGA, mais biopsie complètement nécessaire.

En effet, l'examen macroscopique de l'endométriose rectosigmoïdienne peut prêter à l'erreur de diagnostic avec un squirrhe en virole ou tout autre cancer, de sorte que la confusion avec un cancer inopérable amène de très bons résultats en évitant les amputations, colectomies totales ou partielles.

On peut ainsi établir un parallèle entre l'intervention de M. CADENAT, effectuée en deux temps, avec l'absence de biopsie ou de trouvaille d'autres signes d'endométriose qui, malgré l'habileté du chirurgien, fut longue et difficile, avec de mauvaises suites ; et celle de DECOULX et BEDRINE où une tumeur d'aspect malin du sigmoïde est abandonnée après constatation d'une petite tumeur d'aspect très endométrial au fond du Douglas (guérison par simple hystérectomie supravaginale).

Souvent l'endométriose revêt l'aspect macroscopique de tumeur maligne :

soit : tumeur dure, ligneuse, circonférentielle, rétrécie en virole avec infiltration du méso, du volume d'une mandarine (DECOULX et BÉDRINE), du volume d'un poing d'enfant chez la malade du Docteur BENASSY ;

soit : tumeur ronde, un peu bosselée du sigmoïde (reliée à une autre tumeur (rectovaginale) par des bandelettes fibreuses qui plissent l'intestin en accordéon) (DOUAY) ;

soit enfin tumeur réellement d'aspect néoplasique, masse blanchâtre, rétractile, dure, du volume d'une

châtaigne (PAPIN). Il est évident que la biopsie, au cours de l'intervention même, s'impose.

En effet, il existe dans toute la littérature, un seul cas de 1920, de MILLER (dans la thèse de DEROCQUE), de décès, dans une endométriose rectale diagnostiquée, l'hystérectomie difficile avait amené une déchirure non reconnue du rectum.

Ceci nous amène à considérer l'étude des traitements appliqués à l'endométriose et des résultats obtenus.

Traitement de l'endométriose rectosigmoïdienne.

Les traitements qui ont été appliqués à l'endométriose sont beaucoup plus nombreux que ceux que l'on peut envisager de lui appliquer.

Nous savons que l'arrêt de la fonction ovarienne, soit castration, soit röntgenthérapie ou ménopause, amène l'arrêt de l'évolution de l'endométriose.

Les nombreux modes de traitement usités tiennent ou bien :

- à la confusion avec une tumeur maligne ;
- ou à l'association à une tumeur maligne ;
- à l'intensité des troubles de compression provoqués par l'endométriose.

Grâce à l'habileté des chirurgiens, le nombre d'issues fatales est faible ; nous l'avons trouvé :

pour la malade de MATRY qui présentait une endométriose après la ménopause (nous pensons qu'elle s'était constituée depuis de nombreuses années) ;

pour une malade de MILLER : par plaie ignorée du rectum.

Si le chiffre des mortalités opératoires est faible, celui des complications post-opératoires ou des interventions nettement trop importantes est beaucoup plus élevé.

C'est dans la grande majorité des cas l'aspect pseudo-néoplasique de la tumeur qui a fait s'engager l'opérateur dans une intervention souvent hors de proportion.

Citons :

MORALLER intervient par voie de Kraske quelques semaines après une hystérectomie et constate la disparition spontanée de la tumeur.

KONJNETZNY pratique la résection abdomino-sacrée de la tumeur, avec de bons résultats.

OEHLECKER également, sur l'aspect opératoire pseudo-néoplasique d'un endométriome qu'il avait diagnostiqué auparavant.

YEOMANS pratique la résection abdomino-périnéale.

FREUND, LAUCHE, la résection circulaire du rectum avec suture bout à bout.

KLEINHAUS lui associe l'hystérectomie totale.

CULLEN résèque le col restant après hystérectomie et un segment circulaire du rectum de 12 centimètres.

CLARE, suspectant un cancer, exécute une hystérectomie iliaque et un traitement par le radium avec guérison.

LAMARE, LARGET et ISIDOR, BIEBL, OCKINCZYC,

F. PAPIN, SHOFFIELD et BACON, une colectomie segmentaire en deux ou trois temps.

Pour PAPIN, BIEBL, l'intervention est dirigée contre un néoplasme.

Dans la résection colique, cunéiforme, avec ablation des annexes de BÉRARD et CROIZAT, c'est également le diagnostic histologique qui découvre l'endométriose.

Enfin, nous l'avons vu, M. CADENAT fait une opération d'Hartmann après anus iliaque en ignorant la nature endométriosique de la tumeur qu'il enlève.

Les incidents rencontrés sont, le plus souvent, des fistules urinaires, par blessure des uretères.

Ces fistules urinaires peuvent rendre la néphrectomie nécessaire.

M. SEILLÉ a jugé nécessaire, une fois le diagnostic d'endométriose posé, d'enlever la tumeur en la cerclant au plus près ; il se produit une brèche colique, mais les suites opératoires sont bonnes.

Chez la malade du Docteur BENASSY, la libération du rectum, difficile, a causé une fistule recto-vaginale qui a guéri d'elle-même.

La malade du Docteur DOUAY (hystérectomie totale élargie) aura une fistule stercorale pendant 10 jours, une fistule urinaire pendant 3 mois.

Ainsi, toute intervention chirurgicale risque-t-elle d'être agressive, même une castration par hystérectomie fut suivie du décès de l'opérée.

Cela ne peut pourtant suffire à condamner l'intervention chirurgicale.

Mais il est nécessaire qu'elle ne soit pas dévastatrice.

C'est pourquoi les résultats d'intervention limitée sont des plus encourageants.

DECOULX et BEDRINE voient leur malade guérir par simple castration.

Le Docteur Jean BENASSY, revoyant sa malade 13 mois après l'intervention, trouve que la constipation a très sensiblement diminué.

Une malade de M. BRAINE, opérée d'un fibrome utérin, et qui présente une endométriose rectale probable, voit les accidents rectaux régresser à la suite de l'hystérectomie.

Une malade de M. DOUAY a une guérison apparente de deux ans et demi à la suite d'une exérèse limitée avec castration incomplète.

Les interventions qui comportent une colostomie, souvent pratiquées en Amérique, donnent d'excellents résultats.

La colostomie est particulièrement indiquée dans les cas de sténose serrée, lorsque les accidents intestinaux prennent l'allure d'iléus.

Ce qui donne les meilleurs résultats, mis à part les quelques incidents de troubles endocriniens, c'est la *castration*.

Le choix se pose entre la castration opératoire et l'arrêt de la fonction ovarienne par roëntgenthérapie. Quelles sont leurs indications respectives ?

LA CASTRATION RÖENTGENTHÉRAPIQUE.

Elle est définitive aux doses de 2500 r et est alors peut-être trop radicale.

Car elle est suivie alors de troubles par carence nets si la malade est jeune. Ils nécessiteront des injections de folliculine, ou de folliculine et testostérone associées.

Ces dernières semblant mieux tolérées, car les injections d'hormone féminine seule, font revivre les troubles de l'endométriose.

La castration faite à doses faibles, destinée à provoquer une aménorrhée de quelques mois, donne alors d'excellents résultats.

A la séance du 14 décembre 1938, à l'Académie de Chirurgie, M. MOULONGUET cite le cas : « d'une très jeune femme atteinte d'endométriome de la cloison rectovaginale ; diagnostic confirmé par une laparatomie : lésion diffuse du fond du Douglas soulignant l'isthme utérin au rectum.

L'hystérectomie élargie avec résection du rectum aurait été l'indication opératoire.

Des rayons X à dose faible, inférieure à la castration définitive, ont amené une aménorrhée de quelques mois suivie d'une hypoménorrhée.

Les douleurs ont cessé. La masse utéro-rectale a diminué. »

A quoi M. R. MONOD répond en regrettant de n'avoir pas donné la préférence à la radiothérapie

lors d'une hystérectomie totale avec enlèvement de la partie postérieure du vagin, opération difficile pratiquée pour un endométrrome de la cloison recto-vaginale.

Tous les auteurs s'accordent pour traiter par la röntgenthérapie les récidives consécutives à une castration chirurgicale incomplète.

LA CASTRATION CHIRURGICALE.

A pour elle :

d'être relativement bénigne ;

de pouvoir s'accompagner d'une exérèse limitée de la tumeur ;

de pouvoir être volontairement incomplète.

Elle agit en arrêtant l'évolution du tissu endométrial laissé en place.

Un petit fragment d'ovaire laissé en place ou en greffe peut, si la malade est jeune, lui épargner les troubles de castration sans déterminer de récurrence endométriale.

Dans les mains du professeur DOUAY, c'est la castration incomplète qui a donné les meilleurs résultats.

Pour DECOULX et BEDRINE, la castration pure et simple a eu également d'excellentes suites.

Sans nous permettre de prendre position, il nous semble que la meilleure technique semble être de faire :

1^o une laparatomie exploratrice avec biopsie extemporanée, afin de dépister par la vue la néoplasie qui est parfois associée à l'endométriose (cas de BERGERET, de BRAINE) ;

2^o la castration si elle paraît facile, partielle plutôt que totale (la roëntgenthérapie restant à notre disposition en cas de récurrence) ;

3^o de libérer autant que possible les adhérences entre rectum et ovaire afin de ne pas faire subir d'irradiations inutiles à l'intestin, si en dernier lieu on a recours à la roëntgenthérapie.

Les interventions d'exérèse complète sur le rectum sont, le plus souvent dangereuses et inutiles, puisque dans tous les cas, comme nous avons pu le voir dans l'observation du Docteur Jean BENASSY, après castration l'endométriose régresse.

Conclusions.

L'observation du Docteur Jean BENASSY nous a donné l'occasion d'étudier une rarissime association de cancer du corps utérin et d'endométriose.

Cette association n'a pu se voir que du fait de l'âge de la malade, voisin et non encore atteint, de la ménopause.

Endométriose et cancer du corps nous ont semblé ici coïncider sans que le cancer paraisse développé aux dépens de l'endométriose, contrairement à ce qui a pu se trouver dans les observations de M. VARANGOT, où l'endomètre ectopique a pu se canceriser.

D'autre part, nous avons pu étudier l'endométriose rectosigmoïdienne et en dégager les principaux caractères qui sont :

1^o l'apparition dans plus de 80 % des cas entre 30 et 49 ans ;

2^o la présence, depuis longtemps, des symptômes, leur évolution cyclique, avec aggravation plus ou moins subite ;

3^o la stérilité relative des malades ;

4^o la constipation très fréquente à aggravation menstruelle ;

5^o la dysménorrhée à peu près constante : avec douleurs dans le bas-ventre moins caractéristiques, enfin la conservation de l'état général ;

6^o l'utilité de l'association :

· toucher rectal ;

rectoscopie ;

lavement baryté,

pratiqués en dehors et pendant les règles, afin de pouvoir étudier les variations de la tumeur ;

7^o l'utilité de l'épreuve à la folliculine pour assurer le diagnostic.

Enfin, de l'étude du traitement de l'endométriose rectosigmoïdienne, nous avons tenté de dégager la nécessité absolue :

1^o de la rectoscopie ;

2^o de la biopsie extemporanée au cours d'un premier temps explorateur, afin de porter le diagnostic certain d'endométriose, et d'éviter à la malade une intervention disproportionnée avec la bénignité de l'affection ;

3^o l'utilité de la laparatomie exploratrice afin :

a) d'éliminer à coup sûr le diagnostic de cancer du rectum ;

b) de supprimer les adhérences recto-ovariennes ;

c) de pouvoir choisir entre castration röntgen-thérapeutique ou opératoire.

Nous serions heureux, par notre modeste travail, d'éviter que « soient pratiquées des amputations larges pour cancer du rectum ou du rectosigmoïde qui sont en réalité des endométrïomes dans lesquels manque un examen histologique de la pièce opératoire » (LOCKIYER, *in* le Mémoire de M. Emile DELANNOY).

Vu : le Président de la thèse,
M. LENORMAND.

Vu : le Doyen,
M. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD et CROIZAT.** — Endométriome de l'S. iliaque chez une malade atteinte d'un double kyste séro-hématique de l'ovaire (*Lyon Chir.*, 27, 636-637, sept.-oct. 1930).
- BERGERET (A.) et RACHET (J.)** — Endométriome du côlon sigmoïde (*Mém. Acad. Chir.*, 65, 959-964, séance du 28 juin 1939).
- BRAINE (J.)** — Cancer de l'ampoule rectale coïncidant avec un endométriome recto-sigmoïdien sténosant développé dans la paroi même du rectum. Amputation abdomino-périnéale datant de 14 mois (*Arch. de Mal. de l'app. digestif*, 22 ; 673-677, juin 1932).
- DECOULX et BÉDRINE.** — Endométriome de la sigmoïde. Guérison spontanée après castration (Soc. franç. de Gynécologie, séance du 5 décembre 1937. In : Comptes rendus de la Soc. franç. de Gynécologie, p. 271, déc. 1937).
- FRIEDMAN (L.)** — Perirectosigmoïd endometriosis simulating carcinoma (*Am. J. Surg.*, 33, 298-301, Aug. 1936).
- JOSEFSSON (H.)** — Contribution to diagnosis of strangulating endometriosis in sigmoid colon (*Acta Obst. and Gynec. Scandinavic*, 19, 256-273, 1939).
- PAPIN (F.)** — Endométriome sténosant de l'anse sigmoïde, résection intestinale (*Mém. de l'Acad. de chir.*, Séance du 22 mars 1939, n° 10, p. 418-421).

MAYO (W.) et MILLER. — Endométriose du sigmoïde du recto-sigmoïde et du rectum (*Surgery Gynecology and Obst.*, vol. 70, n° 2, 1^{er} fév. 1940, p. 136-139).

SCHOFIELD (J. D.) et BACON (H. E.). — Endométriose du rectum et du sigmoïde (*Annals of surg.*, vol. 107, n° 6, juin 1938, p. 1022-1028. In : *Journ. de Chir.*, t. 52, n° 6, déc. 1938, p. 819-820).

SEILLE (G.). — Endométriome du côlon sigmoïdien, 5^e mém. de l'Acad. de Chir., nos 9, 10, 11, séance du 26 mars 1941.

Une bibliographie très complète se trouve annexée aux mémoires de MM. P. BROcq et VARANGOT et de M. E. DELANNOY, publiés dans le Compte rendu du 48^e Congrès français de Chirurgie. Paris, 1939.

660. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-42.

MAYO (W.) et MILLER. — Endométriose du sigmoïde du recto-sigmoïde et du rectum (*Surgery Gynecology and Obst.*, vol. 70, n° 2, 1^{er} fév. 1940, p. 136-139).

SCHOFIELD (J. D.) et BACON (H. E.). — Endométriose du rectum et du sigmoïde (*Annals of surg.*, vol. 107, n° 6, juin 1938, p. 1022-1028. In : *Journ. de Chir.*, t. 52, n° 6, déc. 1938, p. 819-820).

SEILLE (G.). — Endométriome du côlon sigmoïdien, 5^e mém. de l'Acad. de Chir., nos 9, 10, 11, séance du 26 mars 1941.

Une bibliographie très complète se trouve annexée aux mémoires de MM. P. BROcq et VARANGOT et de M. E. DELANNOY, publiés dans le Compte rendu du 48^e Congrès français de Chirurgie. Paris, 1939.

660. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-42.
